

長照政策中的「不標準個案」 ——制度排除與需求反思

何鈞菽、林嘉雯、陳政智

壹、緒論

臺灣於2025年正式步入「超高齡社會」，65歲以上人口將突破20%（國家發展委員會，2024）。隨著失能與失智人口快速增加，長期照護（以下簡稱「長照」）已成社會安全網的重點。我國自「長期照顧十年計畫1.0」到「長期照顧十年計畫2.0」，以「在地老化」、「整合性照護」及「社區連結」為核心，建構「全人、全程、全隊」的服務模式（行政院，2015；衛生福利部，2016）。

在制度擴張與服務普及的脈絡下，長照制度多以標準化流程提升可管理性與服務效率，但也可能使部分需求者在服務進入與制度承接上出現落差。為避免本文討論流於泛稱，以下先界定本文所指涉之制度範圍與「制度排除」之操作意涵。

「長照制度」，係指以長照2.0為核心之服務申請、評估（ADL / IADL與

CMS）、給付與服務輸送機制（居家、社區、機構及專業服務），並包含中央法規架構與地方政府執行規範。

本文所稱「制度排除」，係指長照制度在「資格認定」、「服務供給」與「資源分配」三個制度環節之標準化運作中，因門檻化與可管理性導向而產生的結構性排除效應，使部分需求者出現「需求存在卻無法被承認」、「無法被納入」或「僅能獲得片段支持」等結果。於本文操作上，制度排除具體呈現為「資格僵化、服務同質化、資源傾斜」之三重排除結構，並進一步導致「不標準個案」在醫療照護、生活協助、心理支持與社會融入四個面向出現持續性的服務缺口。

具體而言，癌末患者、中壯年失能者與罕病患者等群體，常因年齡門檻、失能分級或給付上限而被邊緣化，成為所謂「不標準個案」（劉美桂等人，2023；衛生福利部，2022；魏琦芳等人，2024）。

此種以效率和門檻為核心的政策選擇，也反映了臺灣社會傾向家庭主義的福利態度（葉崇揚等人，2020）。

國際經驗亦有類似困境：日本《介護保險法》雖擴大覆蓋，但非典型需求仍支持不足（Morikawa, 2014; Okamoto & Komamura, 2022）；美國PACE（Program of All-Inclusive Care for the Elderly）受限於財源與適用範圍（Arku et al., 2022）；德國《社會長期照護保險》（Germany's social long-term care insurance, SGB XI）偏重典型失能者（鍾秉正，2006）。這些經驗均證實，標準化設計在追求可管理性時，可能排斥非典型需求者，限制了制度

公平性。本文據此聚焦臺灣的制度張力：在擴大覆蓋的同時，如何建立彈性機制以承接非典型需求（吳書昀、張縉鏐，2024；周月清等人，2023）。

既有研究偏重制度與財源，對跨區輪住、未成年障礙者與罕病等議題著墨零散，跨體系銜接與家庭支持仍存盲點（劉宜君等人，2023；衛生福利部，2025a；鄭芬蘭等人，2013；Hsu et al., 2018）。

透過文獻回顧，釐清概念與排除邏輯並歸納需求；為整合制度與需求兩層面，參考政策流程建構圖1之分析架構，研究流程架構如下。

本研究發現，長照制度的標準化設

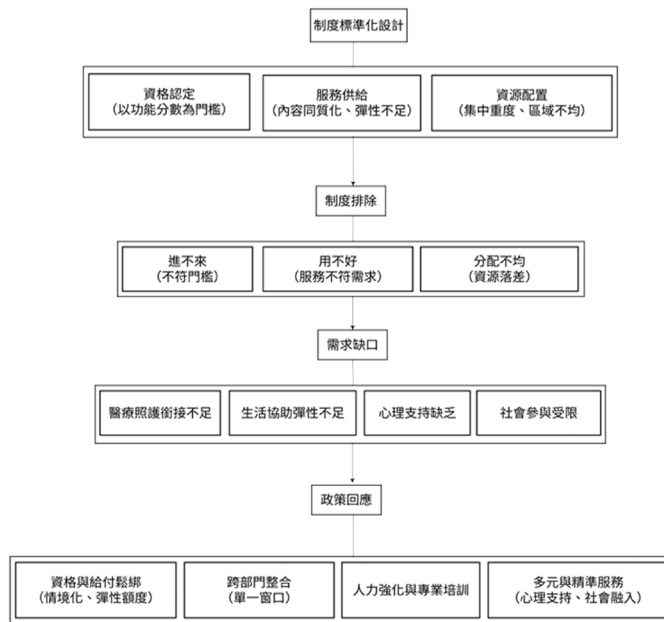


圖 1 長照制度標準化下的排除效應與社區出路之分析架構

資料來源：作者自製。

計在「資格認定」、「服務供給」與「資源分配」三個環節中，產生了排除效應，導致「不標準個案」的多元需求難以被滿足。相對地，社區能扮演重要的銜接與補位角色，協助長者在熟悉的生活環境中獲得持續性的支持。圖1呈現排除的運作邏輯與社區解方，作為後續分析起點。

本文聚焦三個研究問題：

- (一) 在資格認定、服務供給與資源分配的三環節中，存在哪些排除機制？
- (二) 「不標準個案」在醫療照護、生活協助、心理支持與社會融入四個面向，有哪些常見的服務缺口？其中又以哪一面向最容易被忽略？
- (三) 社區如何運用表2所示之工具，來填補制度空缺，並將個案需求轉化為可行的政策與服務路徑？

總結來說，本研究的貢獻在於兩點：首先，透過系統性的文獻回顧與個案分析，我們將「不標準個案」的概念加以釐清並建立分類架構，以填補現有研究的不足；其次，提出「制度排除」與「需求面向」的分析框架及其對應策略，希望能為未來的政策調整與服務改良提供實際的參考。本研究旨在提供一個具備診斷與行動雙重功能的分析架構，為「長照3.0」的政策修正提出具體方向。

貳、不標準個案的概念與類型

長照政策旨在提供需求者適切支持。然而，制度的「標準化」設計，在篩選出「普遍性個案」的同時，也將需求特殊、情境複雜或身分非典型的群體邊緣化。隨著長照邁向「精準服務」，如何回應這些被排除的「不標準個案」，已成為挑戰政策公平性的關鍵課題。

一、概念界定

「普遍性個案」主要指依失能等級評估納入的群體，例如65歲以上老人、55歲以上原住民、50歲以上失智症者或失能身心障礙者。而「不標準個案」則是指制度設計與個別需求之間產生落差，他們的複雜情境或多元需求常超出長照制度的涵蓋範圍，因而無法獲得持續支持（莊俐昕、黃源協，2021；Carrino et al., 2025）。

此外，社經地位、數位落差與制度僵化等因素，也加劇排除風險。本文將「不標準個案」定義為：因標準化條件限制，而未獲得相符照護支持之群體（Nagata et al., 2013; Okamoto & Komamura, 2022）。

二、類型劃分

現行長照制度以高齡失能者及居家／機構服務為核心，但部分個案因身分特徵、照護場景、需求屬性或失能等級而被排除，造成斷裂與支持不足。表1呈現不

標準個案的樣態，也對應出政策重點：身分非典型者需強化情境敏感的資格認定與跨制度轉銜；場景複雜者需跨場域接續與外展式服務；需求多樣者需醫療、長照整合與心理支持常規化；失能未達標準者的預防性支持與短期彈性給付。由此可見，表1不僅為分類工具，亦可作為政策設計與調整之檢核。

推動可依「先銜接、後擴容、再整合」的次序：先補上制度缺口（單一窗口、跨區轉銜標準化），再縮小城鄉與弱勢差距（交通支持、行動服務、資源調

整），最後透過示範計畫推動整合型服務（如罕病照護、心理支持常規化）。如此，表1由現況描述進一步延伸為具體的政策行動路徑。

（一）身分特徵非典型

「資格不符」是長照制度中最典型的排除形式，在於標準化資格認定與真實照顧需求間的落差。此現象常見於失能未達門檻、年齡不符或身分模糊者。例如未滿50歲早發性失智者無法申請服務；合併肢體障礙與慢性病患者，僅達CMS（Long-

表 1 不標準個案類型、制度排除問題與主要需求

類型	排除問題	主要需求
身分特徵非典型	身分不符資格、跨區輪住、全齡身障者、罕病患者、特殊家庭結構	脈絡化評估、跨區銜接、跨領域整合（醫療、教育、就業）、家庭支持替代
照護場景複雜	偏鄉離島人力不足、交通不便；跨場域銜接缺乏	可近性服務、跨場域連續照護
需求屬性多樣	心理支持不足；高度醫療依賴卻僅有生活協助	心理支持、專業醫療照護、整合型服務
失能程度未達標準	輕度失能或病程波動者，因分數未達而排除	輕度生活協助、臨時密集照護、彈性服務銜接

資料來源：作者自製。

Term Care Case-Mix System) 1級亦被排除。現行制度以高齡失能者為主要服務對象，忽略學齡與成年障礙者、罕病患者等跨醫療、教育與就業領域的多元需求（周月清等人，2023；姚奮志等人，2024；范卉妤、邱銘心，2016）。

現行長照政策多以高齡失能照護為主要設計假設，使部分全齡身心障礙者（尤其青年與年輕成人）即便符合服務資格，仍可能面臨「可申請、但欠缺適配」的落差。成年身心障礙者的支持需求除日常照顧外，尚涉及自立生活、職涯準備、就業支持與社會參與等跨面向目標；然而，現行長照核心服務仍以照顧服務、專業服務、交通接送、輔具與無障礙環境改善、喘息等「功能維持／照護補位」為主，較難承接「發展性支持」與「社會參與」所需的長期服務鏈。

就制度使用現況而言，衛生福利部統計顯示，近年身心障礙者使用長照服務之規模已相當可觀，但服務配置仍多依附既有照護／復能導向之給付架構（衛生福利部，2024）。根據衛生福利部社會福利公務統計（截至2025年9月底），12-17歲身心障礙者約23,537人、18-29歲約67,729人，合計約9.1萬人（衛生福利部，2025b）。

此群體正處於離校與就業轉銜的關鍵期，核心需求往往超越基本生活照護，更集中於職業評量、職前訓練、職務再設

計、職場適應與社會互動支持；同時也需要同儕支持、個人助理服務，以及銜接社區資源的能力建構。由於其需求跨醫療、社政、教育與勞政，若缺乏跨部門協作治理與個案管理統整，青年身心障礙者及家庭便必須在多系統間自行穿梭，易形成高耗損求助路徑，並在離校或離開兒少與兒科體系後出現服務斷裂。

因此，本文在「身分特徵非典型」類型下，將全齡身心障礙者，特別是青年轉銜群體視為制度排除的重要樣態，並主張以跨專業協作與可轉銜之服務組合，補足「照護有、發展無」的結構性缺口（姚奮志等人，2024；范卉妤、邱銘心，2016）。對照現行政策，衛生福利部雖已推動「身心障礙者個人照顧服務辦法」與「自立生活支持服務」，然其與長照2.0給付項目（如居家服務、日間照顧）在目標設定與服務邏輯上仍存有落差，導致青年障礙者常在「照顧」與「發展」兩系統間陷入選擇困境。未來應借鏡國際「支持性決策」與「個人預算」模式，強化服務的個人化與可攜性（周月清等人，2023）。

此外，「老老照顧」與未成年照顧者等特殊家庭結構，因家庭支持薄弱，實際需較高額度與持續性支持，卻落於補助上限與制度分類，被迫在不同福利體系輪轉（吳書昀、張縉鏐，2024；林佩璇，2022）。「長期照顧服務」及「家庭照顧

者支持服務」雖提供喘息與課程，但對於高齡或未成年照顧者的特殊處境與多重負荷，仍缺乏系統性評估與分級支持機制。

由此過度依賴年齡與失能分級的制度設計，使多元照顧型態與脆弱家庭難以被有效涵蓋，凸顯政策在包容性與彈性上的結構性侷限。

（二）照護場景複雜

偏鄉及離島長者因人力短缺、交通不便與地方制度差異，常被排除於服務網絡之外，反映區域資源的不均（張桂娟，2024）。各縣市自籌項目與申請制度未統一，使跨區輪住長者需重新媒合服務、銜接延遲。個案管理師跨區行政銜接的繁瑣，照服員則因收入中斷流失，導致照護中斷與制度性空窗。

個案在醫院、社區與家庭間頻繁轉換，但現行制度仍以單一照護場域為主，缺乏跨場域銜接與過渡性支持，致服務不連續加重家庭負擔（丁施丹等人，2023；鄭鈺郡等人，2020）。此類多場域需求挑戰以「居家／社區／機構」三分法為核心的制度設計，揭示長照體系在彈性與整合性上的侷限。

（三）需求屬性多樣

部分長者亦伴隨心理疾病或情緒困擾，但心理支持常被忽視（黃正平、黃長治，2025；黃世州等人，2018；簡雪鈴，

2016）。同時，罕見疾病或高度醫療依賴者需專業設備操作與維護，然現行服務多聚焦日常協助，缺乏長期且專業的醫療支援（王淑鈴等人，2023）。

當需求橫跨生理、心理與醫療層面時，現行制度欠缺跨領域整合，致使個案長期處於「部分被滿足、部分持續懸缺」的狀態，以長者為例，焦慮多以具體行為表現並影響家人，但當前流程多只處理生理症狀，心理支持與行為調適缺乏穩定的轉介與追蹤，形成銜接斷點，故標準化服務組合，難以回應高度多元化與複雜性的整合照護需求。

（四）失能程度未達標準

如「失能邊緣」的輕度需求長者，或病情波動的慢性病患者，因資格認定僵化而面臨銜接不足。輕度需求長者開始呈現生活自理能力下降，卻因資格門檻，無法即時獲得預防性照顧介入，增加未來重度失能的風險；慢性病患者因病程起伏，急性期需高強度照護，而緩解期卻可能被排除，導致銜接不足（李昭螢、羅家倫，2022）。這些群體處於「需求真實存在，卻無法被僵化資格門檻所承接」的矛盾狀態，凸顯現行制度在「預防性」與「回應性」方面的雙重不足。

三、研究方法

本文採系統性文獻回顧，檢索2000年至2025年中文（華藝、臺灣博碩士）與英文（PubMed、Web of Science）資料庫。關鍵詞含「長期照護、需求、照顧者、困境、弱勢群體」及其英文對應詞。

檢索主軸為長照制度設計、需求缺口與弱勢群體經驗。我們經過初篩與全文審閱，並以追溯引用方式補充。最終納入的研究須與制度設計、給付流程、資源配置直接相關，並能呈現需求缺口或非典型經驗。排除了不符臺灣脈絡、純粹報告臨床成效或缺乏資料基礎的評論。最終從約80篇初篩結果中，選出約35篇進行編碼，並依「制度流程（資格認定、服務供給、資源配置）」與「需求面向（醫療、生活、心理、社會融入）」進行歸納，以釐清制度性排除的樣態與回應方向。

「不標準個案」並非需求異常，而是長照在「制度標準化設計」下的排除產物。當政策過度依賴失能等級作為單一門檻，易使CMS 1的邊緣需求者、未滿50歲失智者、偏鄉或無住所者，以及兼具生理與心理複雜需求者，因不符既有規範而難以取得適切服務（蕭文高，2021）。此一情況凸顯制度在服務設計上的侷限，需提升制度彈性與情境敏感度，以縮減服務落差並提供相符支持。

表1所歸納的四類排除模式，不僅是現象描述，更指向制度核心癥結的診斷圖

譜：身分特徵的排除反映了政策涵蓋面的狹隘；照護場景的排除點出了服務供給模式的僵化；需求屬性的排除揭示了專業整合的斷層；失能程度的排除則凸顯了資格門檻與預防觀念的落後。此類個案的困境顯示，資格設計過於仰賴年齡與分級制度，欠缺對情境差異的敏感度。

理解「不標準個案」不僅有助於揭示制度在設計上的侷限，也能凸顯長照政策在推動過程中所隱含的排除邏輯。以下將進一步探討「不標準個案」在制度運作下所面臨的問題點與排除機制。

參、長照政策下「不標準個案」的問題點與制度排除

長照政策的初衷在於回應失能者與高齡人口的照顧需求，並透過標準化設計確保公平性與資源有效分配。然而，制度設計中「資格認定」、「服務供給」與「資源配置」等環節，往往隱含結構性排除，使部分需求者無法獲得完整支持。被排除於體系之外的「不標準個案」，揭示了服務設計與實際需求之間落差。

一、制度排除的具體表現

現行制度在資格認定上高度依賴失能等級（ADL / IADL、CMS），僅涵蓋達CMS 2以上者。此設計雖有助於資源控管，卻使輕度失智與間歇性失能者落入

「需求存在、卻無法被承認」的灰區，形成資格僵化的排除效應（陳思佳，2010；黃龍冠、楊培珊，2021）。

在服務供給面，既有方案仍聚焦生活照顧與基礎健康監測，對罕見疾病、精神疾病與心理支持等需求的專業性介入相對不足，服務內容因而趨於同質化。制度運作亦以政府主導為核心，民間與社區參與有限，使在地需求難以回饋至決策端，缺乏即時性與彈性（莊俐昕、黃源協，2021）。

資源分配亦呈現結構性傾斜。都市與偏鄉之間存在可近性差距，給付結構明顯偏向「標準個案」。例如CMS 8給付平均36,180元，而CMS 2僅10,020元，差距達3.6倍（衛生福利部，2022）。過度依賴年齡與失能分級，如年輕型失智與罕病等非典型需求被忽視，形成「資格僵化、服務同質化與資源傾斜」三重排除結構（王潔媛、楊秀珍，2021）。

當資格認定過度僵化時，處於邊緣帶的需求者易被排除在體系之外；服務設計若流於同質化，個別化與多元性的需求便無以獲得充分回應；而資源配置一旦長期偏向典型對象，非典型群體便會在長照體系中持續被邊緣化。

二、制度排除的成因分析

長照政策為追求效率與可管理性，傾向以標準化方式規劃目標群體、服務內容

與資格門檻，雖提升行政可操作性，卻降低對多元處境的敏感度，導致制度在彈性與公平間產生張力。日本介護保險制度的固定給付配置亦顯示，過度標準化難以回應多樣化需求（Morikawa, 2014; Song & Tang, 2019）。

在執行層面，地方政府與服務機構多依循行政慣性運作，欠缺跨部門協調與在地調整機制，使「不標準個案」的需求被切割、分散。

此外，政策評估偏重覆蓋率與滿意度等正向產出指標，忽視未被滿足的需求與制度排除現象，使缺口難以被揭露，進而削弱政策修正的依據（黃龍冠、楊培珊，2021）。

當制度設計過度標準化時，個別差異容易被掩蓋；執行流程若僵硬，複雜需求便被拆解成片段、難以整合回應；而評估與監測一旦存在偏差，體系中的排除現象常被低估，甚至被忽略。

「不標準個案」揭示長照在「效率—公平」間的失衡：僵化資格、同質供給、資源傾斜使部分需求被制度性排除。其源於效率導向與行政慣性，且評估指標忽略弱勢；這非惡意，而是有限資源與多元目標下的結構結果。面對超高齡社會與需求攀升，僅做制度層檢討已不足，此反映出長照體系在效率與公平間的結構性矛盾，亦揭示制度調整需從治理結構而非單一方案著手。

肆、長照政策下「不標準個案」的照顧需求

前文（表1）依「身分特徵、照護場景、需求屬性、失能程度」將「不標準個案」類型化，並對應其典型的制度排除模式。整體顯示：雖長照政策以失能者與高齡人口為核心，但資格認定、服務供給與資源配置等環節仍隱含排除效應；亦即，部分個案即便有實質需求，仍因制度設計的限制而難以獲得完整支持，凸顯服務設計與實際需求之間的落差。

標準化導向不僅無法充分承接需求特殊或情境複雜的使用者，他們除基本照顧（飲食、沐浴）外，更需專業醫療照護、彈性生活協助、心理支持與社會參與等多層次服務。

以下「不標準個案」所面臨的具體問題與排除機制。

一、醫療照護需求：專業性與連續性不足

醫療依賴性個案如罕見疾病患者、罕病青少年與精神疾病者，除生活協助外，尚需復健治療與藥物監測等醫療性支持。然現行長照給付額度有限，專業與照顧服務共用預算，多數家庭僅能優先支應基本照顧，醫療性需求由健保體系另行承擔。由於兩者缺乏制度銜接，專業照護難以持續進入家庭，形成照護斷層與追蹤不連續（王淑鈴等人，2023）。未來應調整給付

結構，建立跨體系協作與經費分流機制，強化醫療與長照整合，以提升醫療性服務之覆蓋性與連續性，確保專業照護可近且持續（黃龍冠，2021）。

二、生活協助需求：服務適配與銜接不足

現行服務內容以「都市典型家庭」為假設，忽略偏鄉獨居或「老老照顧」情境下的差異需求（張瑋芩，2023）。都市與偏鄉的資源落差，使弱勢地區需求者更難獲得支持（張桂娟，2024）。此外，長照與身障或社會救助制度缺乏整合，導致多重需求者必須重複申請。要改善此限制，政策發展不應僅聚焦於中重度失能，而須往前延伸，涵蓋預防性與低度失能服務，同時建構跨部門的協作機制與單一窗口，以提升銜接與公平性。

三、心理支持需求：隱性卻迫切

長照服務下，失能者與家庭照顧者常面臨焦慮、孤立與憂鬱（趙曉芳等人，2021）。失智長者因功能衰退感到失落，照顧者則承受長期情緒倦怠；非典型家庭如失獨家庭與兒少照顧者亦因缺乏社會認同而被邊緣化（袁修文、古允文，2023）。現行長照政策對心理支持重視不足，未來若能納入心理健康服務、培訓照顧員情緒支持能力，並建立系統性的家庭支持方案，將可減輕體系隱性壓力。

除失能者及家庭照顧者外，長照與社區支持體系亦應納入「身心障礙青少年／青年之隱性身心困擾」之政策視角。此類個案雖具身心障礙身分或神經發展障礙特徵，其困境卻往往不以可由「失能等級」直接反映之日常功能限制為主，而更常呈現為持續的情緒失衡、社交退縮、學習與就業適應受挫，以及自我傷害與自殺風險等心理—社會層面的脆弱性。由於上述困擾常在家庭照顧、校園支持與轉銜脈絡中被淡化或被其他問題「掩蔽」，致使其處於需求明確但難以被現行給付與服務名目有效承接的制度灰區。

就整體青年心理危機的而言，衛生福利部心理健康司2024年公布自殺通報統計，我國2024年15-24歲自殺死亡人數為274人，粗死亡率為每10萬人口11.9人；比起2023年粗死亡率為10.9人呈上升趨勢，教育部2023年學校校園安全及災害事件分析報告亦顯示學生自殺自傷相關事件通報呈上升趨勢，且身分別分析中心身障礙學生通報率相對偏高，提示身心障礙青年可能具有加乘風險，並有必要在身障與社區支持服務中系統性導入心理健康觀點（衛生福利部心理健康司，2024a；教育部，2024）。

在需求層次上，身心障礙青少年／青年之隱性身心困擾可歸納為三類：其一，低門檻、去污名化且具可近性的情緒支持與心理諮商資源；其二，能進行危機辨

識、即時介入與持續追蹤之個案管理（包含自傷風險評估與安全計畫的建立與更新）；其三，跨系統的轉銜支持，需能同時連結家庭、學校（特教與輔導）、精神醫療、社政身障資源及勞政就業／職訓體系，並涵蓋學業／職涯壓力調適、人際與社會技巧培力、同儕支持網絡與合理調整之協調，以降低離校或環境變動時的服務斷裂。

就現行福利回應而論，相關資源多分布於校園輔導、精神醫療與少數短期補助方案（例如衛生福利部之青壯世代心理健康支持方案，提供3次數心理諮商補助），雖可作為求助入口，但仍可辨識三項制度性缺口：第一，服務運作多為單點介入，缺乏跨系統協作的整合機制與連續性追蹤；第二，對未達失能門檻或未具明確診斷者，社區支持之可近性不足，且在身障、長照與心理衛生資源間的承接與轉介標準不一致；第三，轉銜階段欠缺單一窗口與共同評估流程，使青年與家庭必須自行在多系統間反覆周旋（衛生福利部心理健康司，2024b）。

上述缺口亦呼應本文對「不標準個案」的界定：當需求同時牽涉心理健康、教育支持與就業轉銜時，單一部門難以獨力承接，亟需以社區為場域建構可轉介、可追蹤且可共同評估之協作網絡。

四、社會融入需求：超越照護的參與感

即便身心照顧到位，若缺乏參與機會與社會連結，生活意義與主體性仍難維持。「不標準個案」除基本照護外，須重視社會連結與自我實現。行動受限者透過日照中心或據點參與可減少孤立（江大樹等人，2020）；身心障礙者與慢性病青少年則以教育與就業支持的持續參與社會（姚奮志等人，2024）。政策如忽視使用者聲音，會導致需求難以反映。若強化社區互助網絡並制度化使用者參與，將有助提升社會支持與制度包容性。

長照核心在於維護尊嚴與生存權，但過度標準化與效率化易造成排除，使跨區輪住者、特殊疾病患者與缺乏家庭支持者無法被承接。問題不在需求者抗拒，而在制度彈性不足。長照應由「典型需求」走向「多元涵容」，透過強化社區支持網絡，特別重視被忽略的心理支持與社會融入，以促進長期適應與福祉。以下將從「期待改變」角度提出回應「不標準個案」的策略方向。因此，理解制度排除的形成脈絡，是進一步探討需求面向的前提。

伍、長照體系邁向包容：「不標準個案」多元需求與長照體系發展方向

「不標準個案」的出現，凸顯長照政策在標準化設計下的結構性矛盾。當制度過度依賴資格門檻與服務同質化時，難以回應多樣且個別化的需求。為避免流於零散描述，本研究提出一個分析框架（表2），將「不標準個案」的類型、制度排除樣態、主要需求與可能的政策回應方向串聯起來，讓讀者清楚理解「問題—需求—政策回應」之間的關聯。

以下分為兩部分：第一，從文獻觀點反思制度盲點；第二，提出實務改進建議。

表2除彙整個案現象，並提出三項政策意涵：（一）揭示跨類型反覆出現的制度排除，凸顯標準化設計之侷限；（二）層次化需求，補足心理支持與社會融入等被忽視面向；（三）提供可操作回應，將需求轉化為制度調整、彈性化設計、社區支持與跨部門整合。據此，表2既收斂「不標準個案」多樣性，亦建構「問題—需求—回應」三層邏輯，可作為長照3.0制度調整、彈性化設計與跨部門整合的參考依據。

表 2 長照「不標準個案」分析與因應框架表

不標準個案類型	制度排除樣態	主要照顧需求	回應方向
暫時性高需求失能者（如中風後功能時好時壞、慢性病急性惡化）	資格認定僵化，CMS等級不足，需求突增卻無法即時納入服務	短期密集支持、過渡性照護、臨時協助	發展彈性給付與短期照護，確保出院銜接與臨時支持。
邊緣失能者（CMS 1）	未達門檻，被排除在制度之外	日常生活支持（餐食、代購、陪伴）、預防惡化	推動前端預防與社區支持，降低未來重度失能風險。
特殊疾病者（罕見病、年輕型失智、精神疾病）	現有服務以生理照護為主，缺乏針對性服務	專業醫療設備操作、心理支持、持續復能、家庭協助	擴充專案型服務，整合醫療與心理支持。
非典型家庭（獨居老人 / 老老照顧家庭 / 兒少主照顧者）	缺乏家庭支持、主要照顧者本身衰退或未成年照顧者	基礎生活協助、喘息服務、情緒支持、社會參與	強化家庭照顧者支持中心與社區互助。
居住不穩定群體（無家者 / 高流動性群體）	制度假設有固定住所，導致排除	行動服務（健康監測、清潔）、臨時安置、資源銜接	建立行動服務與臨時據點，降低服務門檻。
流動居住型群體（輪住者 / 跨區移動）	輪住居住點較遠距離	在地資源銜接	建立簡易「跨區服務轉銜機制」

資料來源：作者自製。

一、文獻觀點的反思：制度盲點檢視

（一）「不標準個案」為長照政策標準化設計下的必然產物。

長照政策在追求效率與降低行政成本時，常以標準化的目標群體、服務設計

與資格認定進行規劃。「一體適用」的模式忽略需求多樣性，使身分非典型、情境複雜或需求強度未達門檻者被排除，形成「不標準個案」（許文玲、洪怡蘋，2023）。其核心在於政策「標準化」與個

體需求「多樣化」間的適配不足。

(二) 制度排除貫穿政策全流程，反映結構性矛盾。

「不標準個案」的排除並非來自單一環節，而是由政策設計的標準化導向、執行過程中的路徑依賴，及評估機制的結果導向等多重因素共同作用所致。這顯示出臺灣長照政策在「效率優先、公平滯後」之間的深層矛盾，現行制度對特殊需求群體的支持仍存在結構性缺口。

(三) 「不標準個案」的照顧需求具有多元化與個別化特徵。

除醫療照護、生活協助等基礎需求外，「不標準個案」同時存在心理支持與社會融入等更高層次需求。現有長照服務在內容設計與資源配置上，對這些需求的回應有限，造成需求缺口明顯，凸顯政策在照護全人性與持續性上仍有待改善。

(四) 既有服務體系破碎化：制度盲點在第一線的呈現。

前述制度性排除並非抽象概念，而是具體反映在臺灣現行服務網絡「多套制度並行、各自運作」的狀態。為說明「不標準個案」何以容易落入服務縫隙，本文就主要制度路徑與周邊資源之運作邏輯進行盤點，歸納其整合不足之處，作為後續方案設計的對照基礎。

1. 長照2.0與ABC體系：以標準化個案管理與給付形成主架構，但跨面向整合仍有待強化

長照2.0透過照管評估、A單位個案管理與B/C據點服務網絡，建立社區化的主要輸送路徑，提升可近性與作業一致性（衛生福利部，2016）。現行可實際使用的長照服務，主要包含：居家服務、日間照顧、家庭托顧、小規模多機能等社區照顧型服務，以及長照2.0給付架構下的照顧及專業服務（如居家照顧、復能 / 護理等相關專業服務）、交通接送、輔具及居家無障礙環境改善、喘息服務等（衛生福利部，2022）。然而，給付配置仍以失能等級與可核銷項目為核心，較容易「先把可給付的服務接起來」；當個案需求同時牽涉心理支持、家庭協調、學校 / 就業適應或跨部門資源時，往往只能停留在轉介層次，較難形成跨系統共同目標與追蹤。長照不應以單一體系給付項目為終點，而需以社區為場域建立「共同評估—共同計畫—持續追蹤」的協作流程。

2. 銜接機制（出院準備銜接長照2.0服務）：可縮短服務空窗，但後續仍仰賴地方供給與協作穩定性

「出院準備銜接長照服務」，透過院內評估與轉介，協助返家後銜接居家服務、輔具 / 無障礙改善、交通接送或復能等資源，以降低空窗期。但此類銜接多強

於「啟動」而弱於「後續協調」，後續仍高度依賴地方供給、人力與跨單位回報節點是否清楚，供給不足時容易再度出現斷點。

3. 家庭照顧者支持：服務已存在，但高風險情境的分級與追蹤仍不足

家庭照顧者支持目前在實務上常見的服務名目包括：喘息服務、家庭照顧者支持服務據點所提供的照顧技巧課程、支持團體、心理支持與資源諮詢及轉介等，能在一定程度上減輕一般照顧負荷。惟對高齡照顧者、未成年照顧者或多重照顧責任家庭等高風險情境，現行服務較缺乏系統性評估、分級支持與長期追蹤機制（吳書昫、張縉鏐，2024）。

4. 身障體系（個人照顧、自立生活支持）

身心障礙支持體系在地方實務上常見的既有服務包含：依「身心障礙者個人照顧服務」所提供的支持，以及地方政府推動的自立生活支持服務（如自立生活計畫擬定、資源連結、同儕支持），並搭配個人助理服務等，以支持障礙者在社區生活與社會參與（周月清等人，2023；姚奮志等人，2024）。然而兩套制度在目標、評估語彙與承接責任上不易對接，使部分青年障礙者在「照顧服務」與「自立／發展支持」間反覆切換，案家協調成本上升。

5. 心理健康社區支持：入口已建立，但使用率不足

社區心理衛生中心與相關心理健康支持方案提供低門檻求助與危機介入口（衛生福利部心理健康司，2024a，2024b）。然而，就長照服務使用者全體而言，心理健康相關服務的實際使用與持續性仍有限，常見原因包含：對心理求助的顧慮與污名、資源資訊不透明或不易取得、交通與時段造成的可近性限制，以及轉介後缺乏系統性的追蹤與回訪。

6. 前端預防延緩失能：方案架構具備，但與資格制度仍呈雙軌

C巷弄長照站（C據點）所提供的健康促進、肌力訓練活動、共餐與社會參與等預防性服務，並且地方政府與社區單位依循「預防及延緩失能」相關指引所辦理的預防延緩失能課程／方案（據點型課程）預防及延緩失能等前端方案提供健康促進與功能維持架構（李昭螢、羅家倫，2022），但與正式長照資格多仍是雙軌運作，臨界風險者不易獲得連續性的辨識與銜接。

綜合而言，現行制度已提供多條服務路徑，然而對「不標準個案」而言，真正的困難多出現在跨部門需求的承接、共同評估與後續追蹤的缺口。據此，本文方案並非另起爐灶增加一個新服務名目，而是以社區為場域把既有資源「串成可共同評估、可轉介、可追蹤」的協作網絡，並以

個案管理作為整合引擎，回應制度切割下的承接落差，從而增強本文在文獻回顧中的脈絡連結與學理基礎。

二、實務面的建議：改進方向提出

當前臺灣的社區長照體系雖已具雛形，但服務整合、人力供給、心理支持與資源可及性方面仍存有缺口，必須從制度、專業與社區支持多層面加以補強。

（一）簡化流程：推動「跨部門整合 + 單一窗口服務」

現行長照橫跨醫療、社政與福利等領域，分工常導致服務斷裂。應建立跨部門整合與單一窗口機制，以提升資源效率並減少行政負擔。透過制度性平臺與合作治理，可避免重複評估與轉介延遲，強化服務的連續性與即時性（郭書馨等人，2022；蕭文高，2023）。

衛生福利部2017年推動「出院準備銜接長照」後，出院前評估至出院後取得長照服務之平均日數由最先約51天縮短至約4天，顯示單一入口與跨系統銜接可有效降低等待與空窗；另2020年至2022年民眾對1966專線與長照管理中心滿意度均逾九成（衛生福利部，2025a）。惟此類成效多集中於醫療——長照銜接或長照體系內部流程，對同時涉及心理健康、身障、教育與就業轉銜等跨部門需求之複雜個案，仍需在地方治理層級常態化跨局處協作平

臺與共同評估機制，以降低多頭申請與轉介落空風險。

（二）人力培育：強化「專業訓練 + 激勵機制」

長照人員是社區照護體系的核心，但仍面臨人力不足與專業落差。建議採「基礎訓練—進階訓練—在職進修」的分層培訓模式，並提供具備一定專業能力或年資者線上進修選項，以促進持續學習（黃信洋等人，2023）。將心理支持技能納入核心課程，使服務不再侷限於生理照護。同時建立合理薪酬與激勵制度，以提升留任率與專業穩定性（林國榮等人，2021）。

（三）支持系統建構：整合「正式資源 + 非正式資源」

社區長照應同時啟動正式體系與非正式支持，形成互補網絡。正式面向上，但仍存城鄉落差，就資源布建與服務取得而言，衛生福利部統計顯示不同地區仍存在可觀落差：以日照中心為例，截至2025年10月31日，全國一學區一日照達成率為90.0%，但澎湖縣僅50.0%、連江縣60.0%；在社區整合入口（A單位）方面，連江縣達成率為0%、金門縣40%、臺東縣61%，顯示偏鄉與離島在關鍵服務節點與量能布建上更易出現缺口，亦增加個案跨體系銜接與持續追蹤之難度，因此，除持續補足正式資源供給外，亦需強

化社區照顧關懷據點與巷弄長照站的密度與功能，使其成為連結居家服務、日間照顧與醫療院所之在地協作樞紐（衛生福利部，2024）。

非正式面向上，擴大守望相助隊與社區行動，由居民、退休專業者與青年志工提供陪伴、代購與就醫協助等低門檻支持。完善家庭照顧者支持，除喘息服務外，亦應建立情緒支持與同儕經驗分享平臺，減輕照顧壓力（魏琦芳等人，2024）。整體而言，應以正式服務為基礎、非正式支持為補充，建構多層次且可近可及的社區支持網絡，落實在地老化。

（四）特殊群體的在地化支持：行動外展與跨系統銜接

無家者因居住不穩定與高度流動，常難以符合以固定住所／服務場域為前提的制度設計，因而易在長照、身障、心理健康與就業支持等體系邊界被漏接。依衛生福利部統計，2023年底列冊遊民2,934人，其中露宿者2,259人（約77%）、收容安置者675人（約23%）；同年各類關懷服務累計668,187人次，主要集中於餐食、物資、盥洗理髮與外展訪視，顯示第一線多須先回應基本生存與立即風險（衛生福利部統計處，2024）。

制度上，《社會救助法》第17條已要求地方政府整合警政、衛政、社政、勞政等部門建立安置輔導體系並定期聯繫；

惟要使無家者進入可延續的支持鏈，仍需將外展由救急提升為可追蹤的個案管理。無家者因生活高度流動，健康與照顧需求難以被現行長照體系承接，故建構行動式支持模式成為必要策略。此模式應強調「主動接觸、低門檻介入與銜接延續」，如行動服務車進入街頭提供健康關懷與物資，或設置臨時據點，由外展團隊即時辨識與回應需求，以降低服務門檻並確保連續性；並結合社區互助網絡擴大支持範圍（郭仲珈，2012；顏睦蓉、趙祥和，2022）。

基此，本文主張以三項機制補強承接：其一，街頭／夜宿點之主動接觸與危機初篩；其二，以單一窗口協助身分文件、福利申辦與長照需求評估，並建立固定轉介與回饋；其三，透過短期安置、日間支持、外展團隊服務與社區資源銜接，降低「安置一回街頭」循環，提升跨體系承接的穩定度。

（五）資格認定的調整：從功能分數到情境化判斷

現行長照資格多依ADL / IADL等量表劃定門檻，雖具效率卻忽略社會脆弱性與生活脈絡，導致部分需求者被排除（黃龍冠、楊培珊，2021）。為回應多樣處境，資格認定應由「單一分數」轉為「情境化判斷」：除量表外，納入社會支持強弱、疾病特殊性與區位資源等因素，透過

「情境加分」機制，讓如CMS 1的獨居長者等邊緣需求者亦能獲得支持。同時，設置「暫定性與彈性」的資格設計，對病程波動者（如癌末治療期、中風復健初期）給予短期納入與動態調整，並將臨床觀察與專業敘事納入判定，以補足量表盲點（鄧喬鳳、陳亮汝，2023；Morikawa, 2014）。

由此可見，資格認定唯有提升情境敏感度，方能避免制度僵化所造成的排除效應，這亦符合近年國際上強調context-sensitive assessment的趨勢（丁施丹等人，2023；黃龍冠、楊培珊，2021）。當評估機制更具情境敏感性後，如何確保醫療、社政與教育等跨部門間的協作，便成為回應「不標準個案」需求的關鍵課題（歐紫彤等人，2024）。

三、跨部門整合的制度建構：從片段服務到協作治理

「不標準個案」常同時涉及醫療、社政、教育與勞動單位。受限於分工與權責邊界，流程易出現落差與斷層，預算與法規也難協調，導致資源斷裂、服務片段化。解方是以個案生活情境為核心重設流程，讓制度來配合人，而不是反過來。建議在縣市層級建立常態化跨部門平臺，由衛生、社會、教育、勞工等單位進行資料共享與協同決策，推動「單一窗口+跨系統資料整合」，減少重複建檔與行政負

擔，提升串接效率。

同時推動「出院即服務」模式，讓醫院出院準備於返家前完成初評、照顧計畫與轉銜，使社區長照中心從行政派案轉為追蹤與支持樞紐，縮短服務空窗並強化連續與專業性。如此，跨部門整合不僅提升服務即時性與公平性，更建立以個案需求為導向的協作治理架構，實現長照體系的整合化與韌性發展。

綜上所述，關鍵不只在平臺設計，更在無縫銜接能否落地；做到這點，長照才能真正承接「不標準個案」，由片段走向協作。

陸、結論

「不標準個案」被排除或拿到不合身的服務；問題在制度彈性不足，不是需求本身。制度排除亦反映效率與公平的失衡。臺灣長照以稅收為主的給付模式為控管成本而傾向「節流」，導致額度不足、人力短缺與銜接不全。此三項問題從資格僵化、服務同質化與資源傾斜，構成制度調整的核心挑戰。

值得注意未來〈長照政策檢討與長照3.0規劃藍圖〉（呂建德，2024）已提出放寬收案、擴大給付，納入癌末病人、早期失智者與外籍長居者等群體，顯示政策已正視缺口，放寬只是第一步，下一步仍需強化情境化認定、跨部門協作與資源再

分配。

未來可聚焦三面向：（一）鬆綁規範與彈性認定，承接邊緣群體需求；（二）多層次、差異化服務，支援獨居老人、無家者、「老老照顧」家庭與罕病者；（三）社區導向與使用者參與，整合正式與非正式支持網絡，並納入第一線經驗以促進制度貼近生活脈絡。

本文的分析架構，揭示長照制度在標準化設計下的結構性矛盾，列出可執行步驟與指標，除可作為長照3.0滾動修正的參考，亦可作為未來評估制度包容性與公

平性的指標基礎，協助政策在有限財源與日增需求間取得平衡，推動長照體系邁向公平、包容與情境敏感的方向，實現「全民共享、在地老化」的目標。

（本文作者：何鈞菽為高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系研究生；林嘉雯為高雄醫學大學職涯發展組組員；陳政智為高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系副教授）

關鍵詞：長期照顧、不標準個案、制度排除、在地老化、社區整合

📖 參考文獻

- 丁施丹、劉秀雲、詹惠雅、李鴻春、謝佳穎、曾家琳（2023）。〈提升急診後送病房出院前3天銜接長照2.0評估之完成率〉。《長期照護雜誌》，26（1），75-87。https://doi.org/10.6317/LTC.202306_26(1).0006
- 王淑鈴、謝佩穎、張晉豪、李啟明、林美蓉、鍾雨珍（2023）。〈心衰竭急性後期多專科照護之成效〉。《臺灣醫學》，27（6），704-712。https://doi.org/10.6320/FJM.202311_27(6).0003
- 王潔媛、楊秀珍（2021）。〈年輕型失智者使用長期照護服務經驗初探：從家屬與機構照顧者的觀點出發〉。《臺灣社會工作學刊》，24，1+3-45。
- 江大樹、詹弘廷、張力亞、李希昌、梁鎧麟（2020）。〈建置社區巷弄長照站的培力與治理策略：水沙連區域的行動研究〉。《社會政策與社會工作學刊》，24（2），143-182。https://doi.org/10.6785/SPSW.202012_24(2).0004
- 行政院（2015）。《長期照顧服務量能提升計畫（104~107年）（核定本）》。https://www.ey.gov.tw/upload/relfile/26/730958/37bc9015-e3da-4ba8-9a98-cd8c5384b97a.pdf
- 吳書昀、張縉鏐（2024）。〈臺灣未成年家庭照顧者照顧工作及照顧評價工具之發展與驗證〉。《臺大社會工作學刊》，49，141-183。https://doi.org/10.6171/ntuswr.202406_

(49).0004

呂建德（2024年11月22日）。〈長照政策檢討與長照3.0規劃藍圖〉（會議論文）。長照政策檢討與長照3.0規劃藍圖說明會，臺北市，中華民國（臺灣）。

李昭螢、羅家倫（2022）。〈高齡者預防及延緩失能照護體適能方案成效分析〉。《福祉科技與服務管理學刊》，10（4），257-268。https://doi.org/10.6283/JOCSSG.202212_10(4).257

周月清、陳伯偉、林君潔（2023）。〈「我們」的選擇、「我們」自己決定：肢體障礙者機構居住與自立生活〉。《臺大社會工作學刊》，48，69-114。https://doi.org/10.6171/ntuswr.202312_(48).0003

林佩璇（2022）。《老老照顧：老年子女照顧老年父母的困境與復原力》（碩士論文，國立臺灣大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。https://hdl.handle.net/11296/65pn5v

林國榮、成之約、蕭晴惠、黃秀梨（2021）。〈照顧服務員職業訓練就業成效之研究：不同類型機構辦訓成效比較分析〉。《政大勞動學報》，32，73-114。https://doi.org/10.30388/BLR.202107_(32).0003

姚奮志、梁美榮、顏惠羣、卓詩華（2024）。〈臺灣身心障礙複雜需求服務建構研究：服務協調模式〉。《臺灣社區工作與社區研究學刊》，14（2），107-163。https://doi.org/10.53106/222372402024101402003

范卉妤、邱銘心（2016）。〈罕見疾病兒童與青少年之主要照護者資訊需求與資訊行為研究〉。《圖書資訊學刊》，14（2），127-153。https://doi.org/10.6182/jlis.2016.14(2).127

袁修文、古允文（2023）。〈當孩子成為照顧者：照顧精神疾病父母的困境和期望的社會支持〉。《社會發展研究學刊》，32，189-215。https://doi.org/10.6687/JSDS.202309_(32).0007

國家發展委員會（2024）。〈中華民國人口推估（2024年至2070年）〉。https://pop-proj.ndc.gov.tw/News.aspx?n=3&sms=10347

張桂娟（2024）。《偏遠地區長期照顧服務輸送及支付制度之質性研究》（碩士論文，國立陽明交通大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。https://hdl.handle.net/11296/5vnj9e

張瑋芩（2023）。《使用長照2.0服務的獨居失能者未滿足需求與相關因子探討》（碩士論文，國立臺灣大學）。臺灣博碩士論文知識加值系統。https://hdl.handle.net/11296/9g2wuk

教育部（2024）。《112年各級學校校園安全及災害事件分析報告》。2026年1月10日檢索自https://csrc.edu.tw/filemanage/detail/9bdcae78-83ea-4bb6-95e5-3b18b923ddc7

莊俐昕、黃源協（2021）。〈「以社區為基礎」的照顧模式之檢視：網絡治理觀點的分析〉。《臺大社會工作學刊》，44，133-173。https://doi.org/10.6171/ntuswr.202112_(44).0004

許文玲、洪怡蘋（2023）。〈出院準備服務銜接長照居家復能之腦中風個案照護經驗〉。《長期照護雜誌》，26（2），261-271。https://doi.org/10.6317/LTC.202312_26(2).0008

郭仲珈（2012）。《遊民使用社會福利服務之經驗與轉變：以大臺北地區為例》（碩士論文，

- 國立臺灣大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/5884nj>
- 郭書馨、張燕菁、洪麗真(2022)。〈社區整合型服務中心個案管理師工作現況與困境之初探〉。《健康管理學刊》，20(2)，37-56。
- 陳思佳(2010)。《社會服務輸送之社會排除現象初探——以居家服務為例》(碩士論文，國立臺灣大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/rgzm3c>
- 黃正平、黃長治(2025)。《臨床老年精神醫學》(第三版)。合記。
- 黃信洋、李易駿、張雄盛(2023)。〈分級會升級？臺灣長期照顧服務員證照分級制度之研究——職能理論觀點〉。《臺灣社會福利學刊》，19(2)，1-51。[https://doi.org/10.6265/TJSW.202312_19\(2\).01](https://doi.org/10.6265/TJSW.202312_19(2).01)
- 黃龍冠(2021)。《臺灣長照政策之發展：兼論對連續性照護觀點之探討》(博士論文，國立臺灣大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/8f54wd>
- 黃龍冠、楊培珊(2021)。〈以長照2.0為基礎回顧臺灣長照政策發展與評析未來挑戰〉。《福祉科技與服務管理學刊》，9(2)，212-236。[https://doi.org/10.6283/JOCSG.202106_9\(2\).212](https://doi.org/10.6283/JOCSG.202106_9(2).212)
- 葉崇揚、周怡君、楊佑萱(2020)。〈家庭主義的分歧？臺灣民眾對兒童及老人照顧的福利態度分析〉。《臺大社會工作學刊》，41，1-56。[https://doi.org/10.6171/ntuswr.202006_\(41\).0001](https://doi.org/10.6171/ntuswr.202006_(41).0001)
- 趙曉芳、黃詩淳、陳怡仔、李會珍、陳筠靜、傅從喜(2021)。〈被看見與不被看見：失智者服務使用與權益保障的困境與挑戰〉。《臺灣社會福利學刊》，17(1)，51-84。[https://doi.org/10.6265/TJSW.202106_17\(1\).02](https://doi.org/10.6265/TJSW.202106_17(1).02)
- 劉宜君、蔡雅瑁、林昭吟、王光旭、陳敦源(2023)。〈長照十年計畫2.0財務永續性之研究〉。《福祉科技與服務管理學刊》，11(3)，194-213。[https://doi.org/10.6283/JOCSG.202309_11\(3\).194](https://doi.org/10.6283/JOCSG.202309_11(3).194)
- 劉美桂、徐亞瑛、林志榮、蔡秀欣(2023)。〈長期照顧資源對失智症與非失智症家庭照顧者的照顧負荷影響之探討〉。《長期照護雜誌》，26(2)，213-237。[https://doi.org/10.6317/LTC.202312_26\(2\).0006](https://doi.org/10.6317/LTC.202312_26(2).0006)
- 歐紫彤、鄭清霞、洪惠芬、李佩芳(2024)。〈障礙服務融入長照據點的在地共生型服務：嘉義實驗〉。《臺灣社會福利學刊》，20(1)，1-50。[https://doi.org/10.6265/TJSW.202406_20\(1\).01](https://doi.org/10.6265/TJSW.202406_20(1).01)
- 衛生福利部(2016)。《長期照顧十年計畫2.0(106~115年)(核定本)》。<https://1966.gov.tw/LTC/cp-6572-69919-207.html>
- 衛生福利部(2022)。《長期照顧服務申請及給付辦法(逐條說明)》。<https://www.mohw.gov.tw/cp-18-65663-1.html>

- 衛生福利部 (2024)。〈長期十年計畫2.0相關統計表〉。https://1966.gov.tw/LTC/lp-6485-207.html
- 衛生福利部 (2025a)。〈長照2.0執行情形檢討及3.0未來規劃〉。
- 衛生福利部 (2025b)。〈社會福利公務統計一覽表〉。2026年1月10日檢索自https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-5337-62357-113.html
- 衛生福利部心理健康司 (2024a)。〈自殺死亡及自殺通報統計〉。2026年1月6日檢索自https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-4904-8883-107.html
- 衛生福利部心理健康司 (2024b)。《15-45歲青壯世代心理健康支持方案》。2026年1月10日檢索自https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-509-79500-107.html
- 衛生福利部統計處 (2024)。〈社會福利類性別統計指標一覽表〉。2026年1月6日檢索自https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-5342-59468-113.html
- 鄧喬鳳、陳亮汝 (2023)。〈探討出院準備服務病人特性與轉銜使用長照服務之影響因素〉。《榮總護理》，40 (3)，221-234。https://doi.org/10.6142/VGHN.202309_40(3).0001
- 鄭芬蘭、蔡孟芬、蔡惠玲 (2013)。〈罕見疾患的家庭壓力因應與需求——以高雄市為例〉。《教育心理學報》，44 (S)，433-458。https://doi.org/10.6251/BEP.20110829
- 鄭鈺郡、劉雪玲、劉翠瑤、陳美如、朱怡蓁 (2020)。〈出院準備轉銜長期照護服務之成效〉。《北市醫學雜誌》，17 (1)，11-19。https://doi.org/10.6200/TCMJ.202003_17(1).0002
- 蕭文高 (2021)。〈健全老人長期照顧機構治理工具之多層次網絡治理分析〉。《社會政策與社會工作學刊》，25 (1)，49-91。https://doi.org/10.6785/SPSW.202106_25(1).0002
- 蕭文高 (2023)。〈社區照顧關懷據點督導人員之專業角色壓力與職能需求〉。《臺大社會工作學刊》，48，115-155。https://doi.org/10.6171/ntuswr.202312_(48).0004
- 鍾秉正 (2006)。〈德國長期照護法制之經驗〉。《長期照護雜誌》，10 (2)，119-135。https://doi.org/10.6317/LTC.200607_10(2).0004
- 顏睦蓉、趙祥和 (2022)。〈COVID-19疫情下街友的處境與對策：以社會正義觀點〉。《社區發展季刊》，178，287-302。
- 魏琦芳、郭華、黃惠滿、曾佳珍 (2024)。〈罕見疾病患者主要照顧者社會支持、希望感與復原力之相關研究〉。《臺灣健康照顧研究學刊》，30，82-100。
- Arku, D., Felix, M., Warholak, T., & Axon, D. R. (2022). Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) versus other programs: A scoping review of health outcomes. *Geriatrics*, 7(2), 31. https://doi.org/10.3390/geriatrics7020031
- Carrino, L., Reinhard, E., & Avendano, M. (2025). There is no place like home: The impact of public home-based care on the mental health and well-being of older people. *Health Economics*, 34, 1085-

1102. <https://doi.org/10.1002/hec.4948>

- Hsu, J. C., Wu, H.-C., Feng, W.-C., Chou, C.-H., Lai, E. C.-C., & Lu, C. Y. (2018). Disease and economic burden for rare diseases in Taiwan: A longitudinal study using Taiwan's National Health Insurance Research Database. *PLOS ONE*, *13*(9), e0204206. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204206>
- Morikawa, M. (2014). Towards community-based integrated care: Trends and issues in Japan's long-term care policy. *International Journal of Integrated Care*, *14*(1), e005. <https://doi.org/10.5334/ijic.1066>
- Nagata, S., Taguchi, A., Naruse, T., Kuwahara, Y., & Murashima, S. (2013). Unmet needs for visiting nurse services among older people after hospital discharge and related factors in Japan: Cross-sectional survey. *Japan Journal of Nursing Science*, *10*, 242-254. <https://doi.org/10.1111/jjns.12012>
- Okamoto, S., & Komamura, K. (2022). Towards universal health coverage in the context of population ageing: A narrative review on the implications from the long-term care system in Japan. *Archives of Public Health*, *80*, 210. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00970-8>
- Song, P., & Tang, W. (2019). The community-based integrated care system in Japan: Health care and nursing care challenges posed by super-aged society. *Bioscience Trends*, *13*(3), 279-281. <https://doi.org/10.5582/bst.2019.01173>